



WASHCAP  
PO BOX 45446  
OLYMPIA WA 98599-5446

Washington State Combined Application Program (WASHCAP)  
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВСТУПЛЕНИЕ В ПРОГРАММУ WASHCAP  
**WASHCAP APPLICATION**

Ставя свою подпись ниже, я заявляю, что:

- Мне рассказали о программе WASHCAP;
- Мне вручили брошюру о программе WASHCAP;
- Я понимаю свои права и обязанности в рамках программы WASHCAP; и
- Я решил воспользоваться льготами программы WASHCAP.

Я заявляю, что:

- Я проживаю отдельно, или же покупаю и готовлю себе пищу отдельно от остальных жильцов моего дома.
- Мои ежемесячные расходы на оплату жилья, без учета коммунальных платежей, составляют (отметить одну из двух клеток внизу):
  - \$302 или более долларов в месяц.
  - Меньше \$302 долларов в месяц.

Я понимаю, что:

- Если я затрачиваю более \$35 долларов в месяц на медицинские расходы, я могу получать продовольственную помощь в рамках обычной программы продовольственной помощи, а не WASHCAP; или
- Если я затрачиваю более \$499 долларов в месяц на жилищные расходы, без учета коммунальных платежей, я могу получать продовольственную помощь в рамках обычной программы продовольственной помощи, а не WASHCAP.

Я заявляю, что насколько мне известно, все сведения, приведенные в данном заявлении, соответствуют истине и изложены верно. Мне известно, что если я не указал или неточно отразил какую-то информацию на этой форме, по законам штата Вашингтон это может считаться лжесвидетельством.

НАПИШИТЕ Ф.И.О. ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	Номер социального обеспечения или идентификационный номер клиента
адрес	номер телефона
ПОДПИСЬ	ЛАТА